A Herrera (E)

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

BREVE ESTUDIO

SOBRE

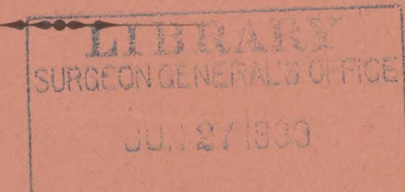
LA ESTAFILORRAFIA.

TESIS

Que para el examen general
de Medicina, Cirugía y Obstetricia, presenta al Jurado Calificador

ENRIQUE HERRERA

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina, Practicante
del Consultorio Eduardo Licéaga é interno del Hospital de Maternidad é Infancia.



MÉXICO

IMPRENTA DEL GOBIERNO EN EL EX-ARZOBISPADO,

(Avenida Oriente 2, número 726.)

1890

FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO.

BREVE ESTUDIO

SOBRE

LA ESTAFILORRAFIA.

TESIS

Que para el examen general
de Medicina, Cirugía y Obstetricia, presenta al Jurado Calificador

ENRIQUE HERRERA

Alumno de la Escuela Nacional de Medicina, Practicante
del Consultorio Eduardo Licéaga é interno del Hospital de Maternidad é Infancia.

MÉXICO
IMPRENTA DEL GOBIERNO EN EL EX-ARZOBISPADO,
(Avenida Oriente 2, número 726.)

1890

A mi querido maes-
tro el Sr. Dr.

José M.ª Bandera.

El último de sus dis-
cípulos.

Enrique Herrera.

A MIS QUERIDOS PADRES.

A LOS SEÑORES DOCTORES

Fernando López y José Terrés

DEBIL TESTIMONIO DE MI GRATITUD.

LLAMASE estafilorrafia la operación por la cual se remedia la división congénita ó las soluciones de continuidad accidentales del velo del paladar.

Fácil es comprender la utilidad de esta operación que además de corregir una deformidad, hace desaparecer los innumerables trastornos que ésta ocasiona y favorece el perfeccionamiento de las funciones pervertidas por la mala conformación del velo palatino.

Lejos de mí la pretensión de creer que voy á tratar debidamente un asunto tan importante y tan poco estudiado entre nosotros, pues para hacerlo necesitaría conocimientos y práctica de que carezco. Me limitaré solo á hacer una ligera reseña de los principales procedimientos de estafilorrafia, indicando después las ventajas é inconvenientes que cada uno de ellos tiene, y terminaré insertando el procedimiento adoptado por el Dr. Fernando López, procedimiento que á mi modo de ver es superior á todos los recomendados por los autores extranjeros.

Convencido de mi ineptitud, emprendo el presente trabajo solo para cumplir con el requisito ineludible que la ley impone á todo aquel que aspira al honroso título de médico, esperando que la indulgencia del jurado me perdonará los innumerables defectos en que involuntariamente incurriré.

***

Esta operación ha tenido la particularidad de haber sido concebida por cuatro autores, en distintas épocas y sin que ninguno hubiera tenido de ella el menor antecedente.

En 1766, Lemonnier la practicó por primera vez. Robert la refiere así: "Un niño tenía el paladar dividido desde el velo hasta los dientes incisivos. M. Lemonnier, dentista muy hábil, intentó, con buen éxito, reunir los dos bordes de esta división. Para mantenerlos unidos, practicó al principio varios puntos de sutura y los avivó en seguida con el instrumento cortante. Sobrevino una inflamación que terminó por supuración, la cual fué seguida de la reunión de los labios de la herida artificial. El niño curó perfectamente."

Eustache (de Bézier) presentó en 1783 ante la Academia Real de Cirugía, una memoria en la que proponía la práctica de la estafilorrafia. Dubois, encargado de dictaminar acerca de esta memoria, condenó la hermosa concepción de Eustache.

Por mucho tiempo esta operación permaneció completamente olvidada, y hasta el año de 1816 Græf la practicó, aunque sin éxito.

Por último, Roux en 1819 dotó definitivamente á la Cirugía con esta brillante operación. Aunque ya antes que él, Lemonnier y Græf la habían practicado, la mayoría de los autores concede á Roux el mérito de su invención, pues cuando este eminente cirujano la practicó por primera vez, ignoraba completamente que otro antes que él hubiera pensado en la restauración del velo palatino.

En su séptima carta al Dr. Lawrence, Roux se expresa así: "Ya lo sabeis, querido amigo, hace más de treinta

años que, cediendo á una inspiración casi repentina, concebí la idea de restaurar el velo del paladar y devolver á su estado normal esta parte interior de la boca, en los casos tan frecuentes en que es el sitio de una división congénita. Yo no abrigaba la más ligera sospecha de que semejante proyecto se hubiera presentado en el pensamiento de ningún otro cirujano. Esto es hacer con el velo del paladar lo que desde los primeros tiempos de la cirugía se practica con el labio superior para hacer desaparecer la deformidad más común aún, que la división congénita del velo del paladar, que es conocida con el extravagante nombre de *bec de lièvre* (labio leporino.) Y esta restauración del velo del paladar, la emprendí, no tanto para corregir la deformidad en sí misma, que nada tenía de repugnante, puesto que no era visible, cuanto por hacer desaparecer las numerosas incomodidades que tal deformidad ocasiona y volver á su perfección natural tantas funciones alteradas por la mala conformación del istmo del paladar."

El primer operado por Roux, fué el Dr. Stephenson, originario del Canadá, quien habiendo hecho sus estudios en Edimburgo, fué á París con objeto de ampliar sus conocimientos asistiendo á las cátedras de las notabilidades médicas de esa época, entre las que se encontraba Roux. Después de seis meses que estuvo asistiendo á las clínicas de Roux sin haberle dirigido la palabra, en el momento de despedirse, Roux notó por los caracteres de su voz, que adolecía de alguna imperfección del paladar, y habiéndolo examinado encontró una división congénita del velo palatino, cuyos bordes se aproximaron por un movimiento involuntario de la deglución, por lo cual concibió la idea de reunirlos por una sutura. Comunicada su idea á Stephenson, éste la aceptó sin vacilar; y como esto pasara en los momentos en que Stephenson debía partir á Edimburgo para obtener el título de doctor, hubo que violentar la ope-

ración, la que se practicó al día siguiente, y solo en presencia de los ayudantes indispensables, debido al temor que abrigaba Roux de un mal resultado; este fué, no obstante, tan satisfactorio, que el mismo Stephenson, solamente once dias después de haber sido operado, leyó ante la Academia de Ciencias la observación de que era objeto, lo cual fué la mejor prueba del triunfo alcanzado.

Desde esta época, multitud de estafilorrafias se han practicado por distintos operadores; el procedimiento de Roux ha sido enteramente modificado; las modificaciones se han hecho sobre todos los tiempos y aun en el orden de éstos.

* * *

Se pueden reducir á dos métodos los distintos procedimientos operatorios.

El primero comprende aquellos en que se hace la sutura sin incisiones auxiliares; tales son: el de Roux, el de Berard y el de Smith. En el segundo están comprendidos aquellos en que por medio de algunas incisiones se asegura el mejor resultado de la operación. A este método se refieren los procedimientos de Dieffenbach, Mittaner Fergusson y Sédillot.

PRIMER METODO.

Procedimiento de Roux.

El aparato instrumental se compone: 1º De seis pequeñas agujas curvas y aplanadas en toda su longitud. 2º De un porta-agujas formado de dos ramas aproximadas por un anillo corredizo. 3º Unas pinzas de anillo. 4º Un

bisturí abotonado y de lámina muy delgada. 5º Tijeras de ramas muy largas y cuyas hojas, bastante cortas, están acodadas lateralmente en ángulo obtuso. 6º y último. Tres ligaduras un poco gruesas y planas, formadas por tres ó cuatro hilos reunidos y encerados.

El enfermo está sentado frente á la luz, apoyando la cabeza en el pecho de un ayudante. Si el operador no puede contar con la docilidad de su enfermo, le mantendrá abierta la boca por medio de un corcho introducido entre los arcos dentarios.

El cirujano toma con las pinzas el borde derecho de la división; mientras mantiene éstas con la mano izquierda, con la derecha toma el porta-agujas ya armado. Antes de perforar el velo, se espera á que las partes estén en completo reposo; en seguida se atraviesa el velo de atrás hacia adelante, poco más ó menos á una distancia de 6 á 9 milímetros del borde de la división, comenzando por la parte inferior.

Como no se ve la cara posterior del paladar y en consecuencia ni los puntos por los cuales el instrumento debe entrar, es conveniente llevar la extremidad del índice sobre la cara anterior del velo para asegurarse de que la aguja ha penetrado.

Luego que la punta de la aguja aparece en la cara anterior, se le toma con las pinzas, se abre el porta-agujas para dejarla libre, sacándola fuera de la boca con el hilo con que está ensartada.

Después se pasa de la misma manera la otra extremidad del hilo á través del lado izquierdo del velo.

Al terminar esta parte de la operación, el asa de la ligadura queda detrás de la división y los dos cabos se encuentran libres fuera de la boca; se les une provisionalmente con un simple nudo que se levanta hacia la frente para que deje libre el campo operatorio.

Se coloca de la misma manera el segundo hilo hacia arriba, casi al nivel del ángulo de la división; y por último, se coloca el tercero en la mitad del intervalo que separa la sutura superior de la inferior.

Una vez colocados los hilos, se procede al avivamiento de los bordes de la división. Para esto, se toma con la pinza de anillos el borde izquierdo enteramente hacia abajo, y se le mantiene ligeramente tenso para facilitar el avivamiento que se empieza con las tijeras acodadas y se termina con el bisturí abotonado, cuya acción se facilita por un ligero movimiento de sierra. De esta manera se desprende un colgajo de un milímetro de espesor. Este avivamiento debe pasar un poco del ángulo de la división.

Se quita un colgajo igual del otro lado, procurando que las dos incisiones se encuentren formando un ángulo muy agudo.

Ahora solo falta terminar las ligaduras por medio de un doble nudo y comenzando por la inferior.

Se hace un nudo simple que un ayudante sostiene con unas pinzas mientras el cirujano practica el nudo definitivo.

Se terminan las otras dos suturas. Luego con unas tijeras se cortan las extremidades de los hilos, cerca de los nudos.

Ninguna curación hay que hacer. Se recomienda al enfermo guardar el silencio más absoluto, no tomar los primeros días alimento ni bebida, y abstenerse de tragar la saliva. Se debe evitar cuidadosamente todo lo que pueda provocar la tos, la risa, el estornudo, en una palabra, todo lo que tienda á hacer mover violentamente el velo del paladar.

Se quitan una ó dos de las ligaduras al tercero ó cuarto día, dejando la inferior dos ó tres días más.

Procedimiento de A. Berard.

Este autor se sirve de agujas curvas cuyo ojo es bastante grande para permitir el paso de un hilo doble.

Se dobla un hilo en dos, de modo de formar una asa, la que se pasa por el ojo de la aguja. Se atraviesa el velo de delante hacia atrás y por medio de unas pinzas se trae hacia la boca la aguja con el asa del hilo.

El otro borde de la división es igualmente atravesado de delante hacia atrás, pero nada más con un hilo simple. En seguida se pasa la extremidad posterior de este hilo por el asa del hilo doble; luego, tirando de las dos extremidades de este último, se lleva el asa á la cara posterior del velo y por último, se saca por delante con la extremidad del otro hilo. Luego se quita el hilo doble, que sólo ha servido de conductor.

Desde este momento se tiene un hilo simple cuyas extremidades están hacia adelante pasando el asa por detrás de la división.

Las otras partes de la operación se practican de la misma manera que en el procedimiento de Roux.

Procedimiento de Smith.

Este autor sustituyó el porta-agujas y las agujas de que se sirve Roux, por una aguja análoga á la de Reverdin, pero que en su extremidad tiene una curvatura de 12 milímetros de radio. La lámina más ancha hacia adelante que hacia atrás, lleva á 9 milímetros de la punta una escotadura en la que se coloca el hilo.

Como Roux, Smith perfora el velo de atrás hacia adelante. Así es que su procedimiento es susceptible de los mismos reproches que el de aquel autor.

SEGUNDO MÉTODO.

Varios cirujanos, con el objeto de facilitar el afrontamiento de las partes, han propuesto hacer incisiones longitudinales á los lados de la abertura anormal.

Dieffenbach las practicaba de 8 milímetros y se servía de agujas en forma de brocheta y de un hilo de plomo para las suturas.

Pancoarts hacía uso del cuchillo de Wentzel para cataratas.

Liston aconsejaba hacer las incisiones en la parte anterior del velo, aun cuando la división solo estuviera en la posterior.

M. Mittaner (de Virginia) practicaba cuatro pequeñas incisiones semicirculares de convexidad interna á cada lado del velo.

J. M. Warren no hacía ninguna incisión en el velo palatino, pues afirma que con la sección de los pilares anteriores obtenía la aproximación suficiente de los bordes de la división para que el éxito fuera seguro.

Otros autores hacen la sección del pilar posterior obteniendo el mismo resultado que Warren obtenía dividiendo el pilar anterior.

Fergusson ha inventado y practicado varias veces, obteniendo brillantes resultados, un procedimiento que por mucho tiempo fué aceptado por la mayoría de los cirujanos como el que reunía en sí mayor número de probabilidades de éxito. Fundándose en que los planos musculares son más accesibles por la parte posterior que por la anterior, Fergusson lleva hacia atrás del velo un pequeño cuchillo acodado sobre el plano y oblicuamente truncado en su extremidad, practica de arriba hacia abajo, á uno y

otro lado, una incisión profunda, con objeto de interesar los stafilinos y el faringoestafilino. Según Fergusson se conoce que la sección ha sido completa cuando el velo no se contrae. En seguida se practica el avivamiento por medio de una pinza–erina y de un bisturí de doble filo ó de tijeras curvas. La sutura se hace de atrás hacia adelante con un porta–agujas ordinario.

Procedimiento de Sédillot.

Los instrumentos de que este cirujano se servía son: 1º un tenótomo que sólo tiene de filo 15 milímetros; 2º unas tijeras rectas; 3º unas pequeñas pinzas de Museaux muy finas y de doble gancho; 4º unas tijeras acodadas sobre uno de los bordes ó un bisturí de lámina muy estrecha; 5º un porta–agujas ligeramente curvo, cuya extremidad, con un tope á 15 milímetros de la punta, no puede penetrar á una gran distancia; 6º agujas de 5 milímetros de largo y 2 de ancho, compuestas de una parte anterior triangular en la que está el ojo y de otra parte más corta redondeada y hueca destinada á recibir la extremidad del porta–agujas; 7º unas varillas de acero planas, sostenidas de un lado por un mango, y que tienen en la extremidad opuesta, un anillo con una lámina de caucho; el plano de este anillo es perpendicular á la varilla; 8º un porta–agujas especial para la sutura de la úbula; se compone de dos valvas acanaladas por su parte interna y fijas á un mango, estas valvas se aproximan por medio de un anillo corredizo. Una varilla central pasa por las canaladuras de las valvas atravesando el mango; en cuya extremidad se termina por un botón movible. Esta varilla sirve para expulsar la aguja luego que la úbula está atravesada.

Se coloca al enfermo de la misma manera que en el

procedimiento de Roux. Sédillot cloroformaba al enfermo cuando se trataba de un niño indócil.

El primer tiempo de la operación consiste en la división del periestafilino interno. Para esto, se toma con la pinza-erina la parte inferior é interna del velo, que se dirige hacia abajo y hacia adentro, luego se introduce la lámina del tenótomo en el espesor del velo, á un centímetro arriba y afuera del borde superior de la úbula, un poco atrás y adentro del último gran molar superior. Se hace una incisión de arriba hacia abajo y de adentro hacia afuera para caer perpendicularmente á la dirección del músculo.

La herida será tanto más pequeña cuanto más próxima esté á la parte estrecha del músculo, es decir, mientras más hacia afuera se haga la incisión, pues hacia adentro el músculo se extiende en superficie ocupando en la línea media toda la altura del velo. Una incisión de menos de un centímetro bastará para la sección completa del músculo si el tenótomo ha penetrado en su parte media. ¿Pero de qué manera sabremos cuando es completa la división del músculo? Para esto Sédillot aconseja explorar su contractilidad; pues mientras quede intacta parte del stafilino interno, el borde de la división se dirigirá hacia arriba y hacia afuera cuando se le toque con la punta del bisturí; pero quedará inmóvil y muy cerca de la línea media si el músculo es dividido en todo su espesor.

El segundo tiempo consiste en la sección de los pilares. Se corta primero el anterior izquierdo; con la pinza erigna se lleva hacia adentro y con las tijeras se divide lo más completamente posible en su parte media; la incisión debe prolongarse hacia adelante hasta la mitad de una línea que vaya del último molar superior al último molar inferior. En seguida se corta de la misma manera el pilar posterior. Después de que se han dividido los cuatro pilares, los bordes de la división se aproximan mucho más

y en algunos de los operados de Sédillot, las dos mitades del velo, cuya separación era considerable, se encontraban muy aproximadas y casi en contacto.

El escurrimiento sanguíneo es en general de poca importancia. Algunos gargarismos con agua fría bastarán para contenerlo.

El avivamiento de los bordes de la división constituye el tercer tiempo de la operación. Se toma el borde con las pinzas de Museaux, y con las tijeras acodadas ó con el bisturí se quita de cada lado un colgajo de un milímetro de espesor, teniendo cuidado de prolongar el avivamiento más arriba del ángulo de la división. Como la mucosa es poco adherente cerca de la división, acontece que desde que se ha quitado un colgajo por delgado que sea, la membrana se retrae de cada lado, dejando descubierta una superficie sangrante mucho más apta para la reunión que si solo los bordes hubieran sido avivados.

Para la aplicación de las suturas, Sédillot se sirve de su aparatito que queda mencionado en el séptimo lugar (véase la pág 15). Se pasa detrás del velo el anillo, provisto de su correspondiente membrana, se le aplica á la cara posterior, procurando que el centro de la membrana corresponda al punto por donde la aguja tenga que pasar. Al mismo tiempo que con la membrana se sostiene el velo, con el tallo del aparato se abate la lengua. Luego que el aparato esté bien colocado, se pasa á la mano izquierda y con la derecha se toma el porta-agujas armado. Se atraviesa el velo de adelante á atrás á unos 5 ó 6 milímetros hacia afuera del borde avivado, en su parte superior. Un ruido seco, la sensación de una resistencia vencida, y la profundidad á que se ha llevado el instrumento, indican que el velo y la membrana han sido atravesados. Se retira luego el porta-agujas. En seguida se hace describir á la rondela de caucho un movimiento de arriba hacia aba

jo y de atrás á delante para traerlo fuera de la boca con la aguja y el hilo. Se desensarta la aguja.

Se repite la misma maniobra del otro lado del velo por medio de otra aguja ensartada con la otra extremidad del hilo.

Al terminar esta parte de la operación quedan los dos lados del velo atravesados por el mismo hilo; solo que el asa pasa por delante y las extremidades libres están hacia atrás. Por un mecanismo muy sencillo se invierte ésta disposición; basta para ello anudar las dos extremidades del hilo y pasar el nudo de atrás á delante por una de las heridas hechas con la aguja; estas heridas son bastante anchas para no producir obstáculo alguno al paso del nudo.

La parte anudada del hilo representa entonces una asa que se levanta hacia la frente para poder aplicar los otros hilos.

La rondela de caucho será sustituída por otra cuando haya sido atravesada varias veces por la aguja; pues necesita tener cierta resistencia para no dejarse atravesar de atrás á delante en el momento de quitar el porta-agujas.

Se colocan de la misma manera los demás puntos de sutura que sean necesarios.

Para la sutura de la úbula, Sédillot hace uso del porta-agujas mencionado en el octavo lugar (pág. 15).

El nudo de las suturas difiere también del que Roux emplea en su procedimiento. Sédillot hace uso del nudo corredizo, colocando alternativamente á derecha é izquierda los nudos, y cortando los hilos á una distancia de 4 milímetros.

Terminada la operación, el enfermo puede beber inmediatamente con más facilidad. Se le hará que hable para juzgar de las modificaciones que se hayan producido en la pronunciación.

Otra modificación que Sédlllot hizo á la estafilorrafia

consiste en la renovación de los puntos de sutura cuando los primeros tiendan á cortar el velo por ulceración ó que se hayan restirado antes de la consolidación completa de la sutura; entonces los nuevos puntos se harán sobre una parte sana y resistente del velo en los espacios intermedios á las primeras suturas. Luego que los nuevos hilos se hayan anudado, el velo estará sólidamente reunido por unos dos ó tres días más.

A los tres ó cuatro días se podrán quitar todos los puntos de sutura; pero será mejor quitarlos poco á poco; al tercer día se quitará el de enmedio, al cuarto ó quinto el superior y al sexto el inferior.

Respecto á las heridas laterales, dos casos pueden presentarse: ó bien son muy estrechas é inmediatamente la inversión de sus bordes las llena por completo, ó bien sus bordes quedan separados y después de algunos días las yemas carnosas obliteran las aberturas que hayan quedado. Si esta obliteración fuere muy lenta, algunos toques con nitrato de plata bastarán para hacer que pronto se termine.

Las heridas de los pilares cicatrizan rápidamente sin necesidad de intervención.

***

Paso ahora á estudiar las ventajas é inconvenientes que cada uno de los procedimientos de estafilorrafia ofrece, haciendo un paralelo entre todos ellos para ver si alguno es susceptible de generalizarse á todos los casos, ó si el modo de proceder debe variar según las circunstancias.

Los principales tiempos de toda estafilorrafia son: 1º, el avivamiento de los bordes de la división; 2º, la colocación de los hilos; 3º, la terminación de las suturas; y 4º, en

los procedimientos del segundo método, la sección de los músculos palatinos.

Mas antes de estudiar cada tiempo en particular, hay algunos puntos que debemos examinar.

En primer lugar ¿se debe dormir á los enfermos para practicar la estafilorrafia? En esto no están de acuerdo los cirujanos. Los que rechazan la anestesia general temen que la sangre pase á las vías aéreas. Por otra parte la estafilorrafia no es una operación tan dolorosa para que no se pueda obtener del enfermo la inmovilidad y tranquilidad necesarias, á menos que se trate de un niño ó de una mujer muy impresionable, siendo entonces indispensable la anestesia general; fuera de este caso debe preferirse la anestesia local obtenida por medio de la cocaina, la cual es suficiente para abolir todo movimiento reflejo durante la operación.

Para que el cirujano opere con libertad, es indispensable que el enfermo tenga bien abierta la boca y que la lengua no invada el campo operatorio. Esto no se obtiene ni con el corcho que Roux introducía entre los arcos dentarios, ni con el aparato de Sédillot. Es necesario un aparato que, sosteniéndose por sí solo, al mismo tiempo que mantenga la boca abierta, abata la lengua hacia el piso de aquella. Tal como el abre-boca de Smith, el de Witthead ó el de Saint German.

Estudiemos ahora cada uno de los tiempos de la operación.

1º *Avivamiento.*—¿Es preferible imitar á Roux procediendo desde luego á la colocación de los hilos, ó deberemos empezar por el avivamiento á ejemplo de la mayoría de los autores?

El modo de proceder de Roux tiene la ventaja de que una vez atravesado el velo por los hilos, las distintas capas que lo forman conservan sus relaciones normales, y cuan-

do se ha terminado el avivamiento la superficie de sección queda lisa y uniforme; además, pasando los hilos antes de avivar los bordes, se evitan las dificultades que ocasionaría el escurrimiento sanguíneo. Pero la presencia de los hilos hace el avivamianto mucho más difícil porque es necesario á toda costa conservarlos, pues si se les cortase habría que volver á empezar en parte la operación. Añádase á esto que al practicar el avivamiento podría suceder que en algunos puntos se cortara un espesor de tejidos mayor que en otros, lo que expondría á que los hilos no quedaran todos á la misma distancia de la superficie sangrante. Así es que el modo de obrar de Roux no debe adoptarse, prefiriendo comenzar por el avivamiento para hacer luego la colocación de las suturas.

Respecto al instrumento con que se hace este avivamiento, ya hemos visto que Roux lo empezaba con las tijeras acodadas para terminarlo con el bisturí abotonado, que Fergusson lo practicaba con un bisturí de doble filo ó con tijeras curvas y Sédillot con tijeras acodadas ó con bisturí. De manera que los tres autores empleaban el bisturí, que realmente deberá preferirse por ser de más fácil manejo.

En cuanto al modo de hacerlo, todos los autores recomiendan quitar un colgajo de un milímetro de grueso en todo el espesor del velo; mas de esta manera se aumenta la pérdida de sustancia, y en caso que la operación no dé resultado queda más grande la perforación.

Esto se evita haciendo el avivamiento, no perpendicularmente á la superficie del velo, sino oblicuamente, en bisel, de un lado á expensas de la mucosa bucal y del otro á expensas de la maso-faringea. Dos ventajas tiene este modo de obrar; en primer lugar, se ponen en contacto superficies sangrantes de gran extensión, lo que da mayor solidez á la cicatriz que si solo se pusieran en contacto los

bordes avivados; en segundo, si la operación fracasa, no se ha aumentado la pérdida de sustancia.

2º *Colocación de los hilos.*—Muchos medios han sido imaginados para practicar este tiempo de la operación, que es el más difícil.

Hemos visto que Roux, Smith y Fergusson pasaban las agujas de atrás hacia delante y que Berard y Sédillot lo hacían en sentido contrario. ¿Cuál de estos dos modos de proceder es preferible?

Atravesando el velo de atrás hacia delante, los cabos del hilo quedan desde luego del lado de la cavidad bucal, es decir, del lado en que debe quedar el nudo. Pero al introducir la aguja por la cara posterior, como no se ve la parte en que se va á obrar, no siempre se atraviesa el velo donde se quiere y se ve aparecer la punta ó muy cerca ó muy lejos de la división; ó bien, la abertura parece bien hecha por delante pero por detrás queda muy cerca del borde. En uno y otro caso el mismo Roux tenía que sacar la aguja para volverla á introducir de una manera más conveniente. También puede suceder que uno de los puntos por donde sale una extremidad del hilo esté más alto ó más bajo que el del otro lado. Mas esto no se evita introduciendo la aguja por la cara anterior, pues en tal caso, aunque se ve perfectamente el punto por donde penetra no se ve la parte por donde sale. Además si se practicara el procedimiento de Sédillot, habría que recurrir al aparato que él empleaba, aparato que ni aun en manos de su autor daba el resultado deseado, el de traer consigo la aguja; pues muchas veces la membrana se rompía quedando aquella en la cara posterior del velo, como dicho autor lo refiere en el siguiente párrafo:

"En caso de que la membrana se rompa, se tira de los hilos y la aguja puede seguirlos, pero no se debe esperar mucho de esto, en razón del ancho de su base. En este ca-

so se quita el hilo, dejando la aguja en la herida. En uno de nuestros enfermos se le encontró algunos meses después en un pequeño absceso abierto en la superficie del velo. En otro, que observamos durante varios años, ningún accidente comprobamos."

De la lectura del párrafo anterior fácilmente se deduce lo poco halagadora que es la maniobra de Sédillot.

Para evitar las dificultades que presenta el tomar la aguja por la parte posterior del velo, se ha inventado un gran número de instrumentos. Respecto á su utilidad Roux se expresa así: "Considerados en sí mismos, estos instrumentos tienen un mérito innegable, que es lo ingenioso de su mecanismo. Cuando se hace uso de ellos para simular la operación á la cual están destinados, obran con una gran precisión, particularmente el de M. Fauraytier y el de M. Depierris; sobre todo este último. A pesar de esto es dudoso que obren siempre con precisión, pues tienen el defecto de todos los instrumentos especiales, el de aumentar sin gran ventaja el arsenal de la cirugía. A todo práctico que haya hecho la estafilorrafia con los instrumentos ordinarios, le parecerán superfluos, y yo temería verlos en manos de un principiante. Daré la razón: la perfección en la estafilorrafia se compone de tan minuciosos detalles, hay tanto pequeño escollo que evitar, y las dificultades con que hay que luchar son de tal naturaleza, que no se debe omitir el menor cuidado para no comprometer su buena ejecución. Aquí, como en la mayor parte de las operaciones, el instrumento más notable por su mecanismo, no puede suplir sino imperfectamente á la mano dirigida por la inteligencia."

En resumen, de todas las maniobras y aparatos especiales que se han inventado y de que hemos hecho referencia para pasar las agujas, no hay uno solo aceptable.

Con agujas rectas y curvas y un buen porta-agujas,

se puede muy bien practicar la colocación de los hilos (Le Fort). Las agujas deben ser pequeñas y de distintas curvaturas.

Como las dificultades son casi las mismas pasando los hilos de delante hacia atrás que pasándolos en sentido contrario, creemos que lo mejor es hacerlo de la manera siguiente: El lado izquierdo de la división es atravesado de delante hacia atrás con una aguja recta sujeta á las ramas de un porta-agujas y ensartada con su hilo correspondiente; luego que la aguja aparece en la cara posterior del velo, se toma con unas pinzas y se saca fuera de la boca. Se ensarta entonces la misma extremidad del hilo en una aguja muy curva, la que se fija en el porta-agujas para atravesar el lado derecho de la división de atrás hacia adelante como en el procedimiento de Roux. De esta manera el asa del hilo queda detrás de la división y las extremidades corresponden á la cavidad bucal. Las principales dificultades de esta maniobra resultan de la disposición de las partes sobre las cuales se debe obrar y de la profundidad á la cual están colocadas.

3º *Terminación de las suturas.*—El nudo corredizo además de no aflojarse, tiene la ventaja de ser de fácil ejecución.

4º *Secciones musculares.*—Para que una herida cualquiera cicatrice por primera intención, es necesario, entre otras circunstancias, que no haya estrangulamiento de los tejidos.

Ahora bien, después de haber hecho la estafilorrafia por el procedimiento de Roux, sucede muchas veces que los labios de la herida quedan tan tirantes, que los hilos acaban por cortar los tejidos estrangulados.

Para evitar esto, Roux recomendaba á sus operados que se abstuvieran completamente de hablar y deglutir; pero á pesar de que se observaran eficazmente estas pre-

cauciones, podría sobrevenir un acceso de tos ó un estornudo y producirse la sección de las partes suturadas.

Para obviar este inconveniente Dieffenbach, Liston, Mittaner, Warren, Fergusson y Sédillot practicaban las incisiones de que hemos hecho mención.

Todos estos autores han obtenido éxitos notables practicando sus respectivos procedimientos y cada uno de ellos ha querido generalizar su modo de proceder.

Evidentemente, cada uno de estos procedimientos puede tener su aplicación, pero solo en determinados casos. Las dimensiones de la solución de continuidad, su situación, el estado de los tejidos vecinos, son muy variables para que se pueda dar una regla general respecto á las incisiones que deban practicarse. En el mayor número de casos, sobre todo si se trata de simples divisiones, la sutura sola es suficiente para mantener las partes en contacto. Para aquellos casos en que la tensión exagerada de los tejidos haga necesaria alguna incisión, la única regla que se puede seguir, es la de cortar los músculos que opongan resistencia al afrontamiento.



Las consideraciones anteriores son aplicables de una manera general tanto á las simples divisiones como á las perforaciones. En estas últimas, la conducta que se deba observar variará según las distintas circunstancias; así, el afrontamiento se hará en el sentido más favorable para la reunión; por ejemplo, si la perforación es elíptica de grande eje trasversal, el afrontamiento se hará de adelante hacia atrás, etc.

Señores Jurados:

En todo corazón honrado existe el sentimiento de amor á la patria y de admiración hacia sus hijos que la engrandecen con sus méritos. Mi alma rebosa de entusiasmo y respeto al ver los frecuentes triunfos obtenidos por nuestras eminencias científicas, y más cuando los oculta la modestia de quien los obtiene. Esto me estimuló á elegir para tema de mi humilde trabajo la operación que últimamente practicó con el mejor éxito el distinguido cirujano Fernando López, quien generosamente tuvo la bondad de facilitarme su observación, que hoy presento en apoyo de mis apreciaciones, aprovechando esta oportunidad para suplicarle vea en estas líneas la expresión más sincera de mi gratitud. He aquí la observación:

Gran perforación de origen específico del velo del paladar curada por la estafilorrafia.

"El caso que voy á referir es interesante, tanto por tratarse de una operación que se ha ejecutado muy pocas veces en México, cuanto porque el procedimiento que puse en práctica contiene algunas diferencias comparado con los que refieren los tratados de cirugía.

"El joven X, de 26 años de edad y de buena constitución, padeció hace ya varios años de úlceras específicas en la garganta, que le dejaron como consecuencia una gran perforación en el velo del paladar situada inmediatamente atrás de los palatinos; dicha perforación, de forma ovalar y de bordes perfectamente cicatrizados, se extendía trasversalmente entre los pilares anteriores, midiendo 22 milímetros en el sentido trasversal y 12 en el antero-posterior. La extremidad del dedo índice podía penetrar fácilmente en la perforación, demostrando que el esquele-

to no había sufrido, que la cicatrización era completa y que los bordes estaban formados por tejido cicatricial denso y poco extensible. El individuo sufría todas las molestias consiguientes á tan amplia comunicación anormal de la boca con las fosas nasales, tales como el escurrimiento constante de mucosidades, ciertas perturbaciones de la deglución, etc ; pero sobre todo lo molestaban y lo tenían preocupado con sobrada justicia las perturbaciones de la fonación, que no llegaron á corregirse sino de un modo muy imperfecto con los diferentes modelos de obturadores que le construyeron los dentistas más hábiles de la capital. Su voz ofrecía un timbre nasal tan marcado, que hacía adivinar desde luego sus padecimientos y velaba de tal modo la pronunciación, que no se lograba entenderlo sino con dificultad.

"La salud y el estado general del joven X eran muy favorables para la operación, pues nosolamente habían desaparecido desde hacía ya mucho tiempo las manifestaciones de su infección sifilítica, sino que su constitución se había mejorado notablemente bajo la influencia del tratamiento, como acontece con frecuencia en estos casos. Las condiciones locales de la perforación eran por el contrario, poco favorables para tener esperanzas de obliterarla en una sola sesión ; tanto por estar situada inmediatamente hacia atrás del esqueleto, lo que le daba una gran fijeza, cuanto por su extensión y la masa de tejidos cicatriciales que la rodeaban haciendo difícil un buen afrontamiento ; tomando en efecto, con una pinza el borde posterior de la abertura y llevando con fuerza hacia adelante el velo del paladar, no se conseguía el afrontamiento sino con suma dificultad por impedirlo el tejido de la cicatriz y los pilares posteriores.

"No obstante estas malas condiciones, propuse al paciente la estafilorrafia como único medio para librarlo ra-

dicalmente de su molesta situación, cosa que aceptó inmediatamente, no obstante haberle hecho notar las pocas probabilidades que tenía de obtener un éxito completo.

"Le recomendé como medida antiséptica preventiva, que se hiciera durante algunos días inyecciones nasales con solución de ácido bórico al 4 por ciento y que se limpiara la dentadura con polvos de quina y clorato de potasa. Llegado el día de la operación, se colocaron en una mesa los instrumentos necesarios que fueron los siguientes: el abreboca de Saint German, pinzas y bisturís de estafilarrofia, un porta-agujas largo de Simps, unas tijeras, varias pinzas de Pean con esponjas para recoger la sangre, agujas de sutura muy curvas é hilos de cadgut seco cromisado que tienen la ventaja de ser antisépticos, y de ofrecer cierta rigidez persistente que los asemeja á los hilos metálicos, de los que tienen las ventajas sin presentar los inconvenientes.

"Sentado el paciente en un sillón de dentista frente á una ventana, se procedió desde luego á la anestesia del velo del paladar y de la faringe por medio de toques repetidos con una solución de clorhidrato de cocaina al 6 por ciento. Después de un cuarto de hora, que fué tiempo para obtener una anestesia casi completa, colocamos el abreboca número 4 de Saint German, cuyas ventajas pudimos apreciar porque además de su estabilidad por sí solo y de mantener sujeta la lengua, deja un camino libre y bastante amplio para el manejo de los instrumentos. Arreglado ya el campo operatorio, procedí al avivamiento de los bordes de la solución de continuidad, para lo cual seguí un procedimiento que no he visto descrito hasta ahora y que se aleja del modo clásico que aconseja cortar una fajita de tejidos en todo el espesor del tabique, cosa que aumenta indispensablemente la pérdida de sustancia y deja superficies sangrantes estrechas y difíciles de afrontar. El avivamiento, tal como yo lo practiqué, tiene la ventaja de dar

superficies extensas, lo que asegura el éxito facilitando la cicatrización, y de no aumentar el área de la solución de continuidad, cosa muy importante en caso de que la operación fracase, no empeorando la situación del enfermo, lo que sucede constantemente con los otros procedimientos. Mi modo de proceder consistió en cortar con el bisturí y las pinzas una fajita de la mucosa palatina de 5 milímetros de anchura en la mitad anterior de la perforación, de manera de no interesar sino muy superficialmente los tejidos blandos del paladar para no descubrir el hueso; en la mitad posterior, corté igualmente una fajita de tejidos, pero no sobre el lado bucal, sino sobre la cara superior ó nasal, haciendo el corte en bisel muy oblicuo sobre la mucosa de la nariz. De esta manera la perforación quedó exactamente de la misma extensión después del avivamiento, obteniendo sin embargo superficies de afrontamiento mucho más extensas que por el procedimiento ordinario.

" Después de contener la pequeña hemorragia y de rectificar que el avivamiento palatino y nasal era completo, procedí á la colocación de los hilos de sutura, introduciendo la aguja sujeta entre las ramas del porta-agujas á 3 ó 4 milímetros adelante del avivamiento palatino hasta tocar el hueso, y haciéndola deslizar en seguida hacia atrás entre éste y los tejidos blandos, la hice salir por la perforación; introduciéndola después de arriba hacia abajo por la parte posterior atrás del avivamiento, la hice salir del lado bucal del velo del paladar comprendiendo todo el espesor de los tejidos. De esta manera coloqué cuatro hilos á igual distancia unos de otros, á decir verdad, con menos dificultad de la que me esperaba, por no estar acostumbrado á esta operación y por no tener á mano ninguno de los instrumentos especiales que se han inventado para facilitar este tiempo difícil de la estafilorrafia. El espesor de los

tejidos comprendidos en las suturas era, como se ve, muy considerable, pues solo de este modo tenía yo la seguridad de que resistiera el tiempo necesario para la cicatrización por ser algo forzado el afrontamiento. Para afrontar las suturas hice uso del nudo corredizo, tal como lo aconseja Fergusson, por ser el medio más fácil y seguro para impedir que se afloje antes de colocar el segundo nudo, habiéndome enseñado la experiencia su superioridad sobre el nudo llamado del cirujano. El modo más sencillo de apretar las suturas consiste en practicar con uno de los cabos un nudo simple y muy flojo dentro del cual se introduce el otro cabo; apretando en seguida fuertemente dicho nudo, se le hace deslizar hasta la perforación, procurando que el afrontamiento sea perfecto sin comprimir demasiado los tejidos, sujetándolos después con otro nudo como se hace en las suturas ordinarias. Apretando las cuatro suturas obtuve un buen afrontamiento, aunque desgraciadamente muy forzado por el restiramiento que ejercían los pilares posteriores, lo cual me obligó á practicar su sección completa por medio de tijeras curvas, después de lo cual los tejidos se aflojaron y el afrontamiento se volvió más fácil y exacto.

"Habiendo podido llenar, en mi concepto, las condiciones que se necesitan para tener éxito en la operación de la estafilorrafia y que son: amplias superficies sangrantes, afrontamiento exacto sin estrangulación de los tejidos, falta absoluta de restiramiento de éstos sobre las suturas, asepcia hasta donde es posible en la cavidad bucal, etc., etc., pude ya pronosticar al paciente al concluir la operación el éxito muy probable de mi tentativa quirúrgica para librarlo radicalmente de su molesta perforación.

Le recomendé que no hablara, con el objeto de mantener los tejidos en la inmovilidad, y que no tomara mas alimentos que leche y sopas aguadas, limpiándose cons

tantemente la boca con buches de clorato de potasa y ácido bórico, consejos que siguió durante los cuatro primeros días; después de ésto le permití otros alimentos, pan, carne, etc., levantándole igualmente la prohibición de hablar por haber notado que la cicatrización se había realizado perfectamente. A los ocho días le quité los puntos de sutura que habían empezado á ulcerar los tejidos, tocando las pequeñas ulceraciones que habían empezado á tomar un aspecto blanquizco, con glycerina y yodol, obteniéndose la cicatrización de ellas en muy poco tiempo con dicho tratamiento.

"Un mes después de la operación, la cicatrización era tan perfecta que no se podía adivinar, examinando el velo del paladar, que hubiera existido una pérdida de sustancia tan considerable, y la voz se había mejorado hasta el punto de ser casi normal.

"Como se ve por la exposición rápida que acabo de hacer, el procedimiento que puse en práctica ofrece la novedad de haber obtenido un avivamiento muy extenso sin aumentar la pérdida de sustancia, cosa que no ha sido indicada, al menos que yo sepa, ni en los tratados de cirugía ni en las publicaciones periódicas. Dicho modo de proceder puede hacerse extensivo á los casos de división congénita del velo, practicando el corte del avivamiento en bisel muy oblicuo de un lado á expensas de la cara bucal y del otro de la cara nasal, obteniéndose así extensas superficies de afrontamiento sin aumentar el área de la pérdida de sustancia, lo que asegura sin duda el éxito de la operación.

"Para concluir haré notar que este caso lo mismo que otros muchos, me ha confirmado la idea que siempre he profesado de la inutilidad de la mayor parte de los instrumentos especiales que se han inventado y se inventan todos los días con el pretexto de simplificar las operaciones.

No niego que existen muchos de reconocida utilidad, pero el mayor número no sirven más que para contentar la vanidad de ciertos cirujanos cuya mayor satisfacción consiste en mostrar á sus compañeros y clientes su arsenal completo, aunque la mayor parte de dichos instrumentos lleven el sello de eterna virginidad. La estafilorrafia es sin duda una de las operaciones que ha dado lugar á la invención de instrumentos más numerosos y complicados, pudiendo considerarse como inútiles la mayor parte de ellos. En esta operación como en las más sencillas debe procurarse la predominancia del cirujano y no la de los instrumentos."



He concluido este pequeño é incompleto trabajo; réstame únicamente pedir al respetable jurado su indulgencia que tanto necesito.

México, Julio de 1890.

Enrique Herrera.

